



**UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**COSEAC - COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA**  
**FeSaúde - FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE / NITERÓI**  
**CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE EMPREGOS DO**  
**QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO**  
**EDITAL Nº 1/2020**



Leia atentamente todas as informações da Capa do Caderno de Questões antes de começar a Prova

**Emprego: TERAPEUTA OCUPACIONAL**  
**Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

**NÍVEL:**  
**SUPERIOR**

**CADERNO DE QUESTÕES**

**Instruções ao candidato**  
(Parte integrante do Edital – subitem 11.2)

- Ao receber este **Caderno de Questões**, confira se o emprego indicado é aquele para o qual você está concorrendo, se não for notifique imediatamente ao Fiscal. Você será responsável pelas consequências se fizer a Prova para um emprego diferente daquele a que concorre.
- Além deste **Caderno de Questões**, você deverá ter recebido o **Cartão de Respostas**.
- Verifique se constam deste Caderno, de forma legível, **50 questões de múltipla escolha** e espaços para rascunho. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Confira seus dados com os que aparecem no **Cartão de Respostas**. Se eles estiverem corretos, assine o **Cartão de Respostas** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Em hipótese alguma haverá substituição do **Caderno de Questões** ou do **Cartão de Respostas** se você cometer erros ou rasuras durante a prova.
- Sob pena de eliminação do concurso, não é permitido fazer uso de instrumentos auxiliares para cálculos ou desenhos, ou portar qualquer material que sirva de consulta ou comunicação.
- Cada questão objetiva apresenta cinco opções de respostas, sendo apenas uma delas a correta. No **Cartão de Respostas**, para cada questão, assinale apenas uma opção, pois será atribuída pontuação zero à questão da Prova que contiver mais de uma ou nenhuma opção assinalada, emenda ou rasura.
- O tempo disponível para você fazer esta Prova, incluindo o preenchimento do **Cartão de Respostas** é, no mínimo, de **uma hora e trinta minutos** e, no máximo, de **quatro horas**.
- Use somente caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta para preencher o **Cartão de Respostas**. Não é permitido uso de lápis mesmo que para rascunho.
- Terminando a prova, entregue ao Fiscal o **Cartão de Respostas** assinado e com a frase abaixo transcrita, a não entrega implicará a sua eliminação no Concurso.
- Somente será permitido **na última hora** que antecede ao término da Prova levar o **Caderno de Questões**.

**FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS**  
**NO QUADRO “EXAME GRAFOTÉCNICO”**

A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.

Aristóteles



## Tópico: Sistema Único de Saúde – SUS

**01** Analise as afirmações abaixo sobre assistência à saúde pela iniciativa privada prevista na Constituição Federal de 1988.

- I As instituições privadas poderão participar, de forma complementar, do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as diretrizes de contrato de direito privado, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- II É permitida a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, desde que prevista expressamente no contrato celebrado com o ente federativo.
- III É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país.
- IV A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Está(ão) correta(s) somente:

- (A) II.
- (B) I, II e III.
- (C) III.
- (D) II, III e IV.
- (E) IV.

**02** À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- (A) Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
- (B) Promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios.
- (C) Autorizar consórcios administrativos intermunicipais.
- (D) Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
- (E) Coordenar e, em caráter exclusivo, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica.

**03** De acordo com Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, **EXCETO**:

- (A) Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária.
- (B) Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a assistência terapêutica e a recuperação de deficiências nutricionais.
- (C) Limpeza urbana e remoção de resíduos.
- (D) Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos.
- (E) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde.

**04** O Sistema Único de Saúde será financiado de acordo com a Constituição Federal de 1988, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Diz o artigo 198 do mesmo diploma legal, no parágrafo segundo, que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados, no caso da União, sobre a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, **NÃO** podendo ser inferior a:

- (A) 2%.
- (B) 4%.
- (C) 8%.
- (D) 10%.
- (E) 15%.

**05** São instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:

- (A) Comissões intergestores.
- (B) Redes de atenção à saúde.
- (C) Protocolos clínicos.
- (D) Redes de atenção primária.
- (E) Serviços de acesso aberto.

**06** Entre as várias maneiras de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde previstas na Lei nº 8.142, de 1990, há aquela destinada à cobertura de ações e serviços de saúde a ser implementada pelos Municípios, pelos Estados e pelo Distrito Federal (art. 2º, inciso IV). Esses recursos destinam-se a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, cabendo do total aos municípios, pelo menos:

- (A) 30%.
- (B) 40%.
- (C) 50%.
- (D) 60%.
- (E) 70%.

**07** Assinale a opção que **NÃO** faz parte das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizadas na Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 2017).

- (A) Coordenação do cuidado.
- (B) Integralidade.
- (C) Cuidado centrado na pessoa.
- (D) Ordenação da rede.
- (E) Longitudinalidade do cuidado.

**08** São portas de entrada previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, **EXCETO** o serviço:

- (A) De atenção primária.
- (B) De atenção de urgência e emergência.
- (C) De atenção hospitalar especializado.
- (D) De atenção psicossocial.
- (E) Especial de acesso aberto.

**09** O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os

Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

De acordo com a Resolução 453, de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), a participação de entidades e movimentos representativos de usuários no Conselho de Saúde corresponde a:

- (A) 25%.
- (B) 30%.
- (C) 40%.
- (D) 50%.
- (E) 60%.

**10** Analise as afirmativas abaixo.

- I A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal de 1988, sendo exercida, no âmbito da União, pela Agência de Vigilância Sanitária.
- II Os municípios poderão constituir convênios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- III À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade.
- IV A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, estão corretas:

- (A) Somente I, II e III.
- (B) Somente II, III e IV.
- (C) Somente I e II.
- (D) Somente III e IV.
- (E) I, II, III e IV.

## **Tópico: Conhecimentos Específicos**

**11** Um paciente pode apresentar uma lesão completa no nível neurológico C5, embora tenha funcionais os:

- (A) Músculos adutores.
- (B) Extensores radiais inervados por C6.
- (C) Extensores ulnar inervados por C6.
- (D) Extensores medianos inervados por C6.
- (E) Flexores ulnar e radial inervados por C6.

**12** Durante a avaliação, além de demonstrar ao paciente que o conhece (o que é importante para ele), o terapeuta ocupacional deve iniciar um relacionamento de:

- (A) Empatia e confiança.
- (B) Atitude e autoridade.
- (C) Empatia e autoridade.
- (D) Confiança e autoridade.
- (E) Confiança e atitude.

**13** A terapia ocupacional é baseada na crença de que a atividade significativa (ocupação) pode evitar ou mediar a disfunção de origem:

- (A) Mental ou psíquica.
- (B) Psicológica ou neurológica.
- (C) Física ou mental.
- (D) Física ou psicológica.
- (E) Mental ou neurológica.

**14** As atividades que devem ser utilizadas pelos assistentes da terapia ocupacional para atender às necessidades físicas e psicológicas do paciente são as:

- (A) Atividades físicas.
- (B) Atividades psíquicas.
- (C) Atividades manuais.
- (D) Atividades laborais.
- (E) Atividades educacionais.

**15** A função ocupacional é o objetivo central da terapia ocupacional. Assim, a avaliação de um paciente, depois de um acidente vascular, se inicia com a determinação de papéis, tarefas e:

- (A) Retorno imediato ao trabalho.
- (B) Repouso absoluto.
- (C) Atividades pouco expressivas.
- (D) Atividades de alta complexidade.
- (E) Atividades importantes para a pessoa.

**16** A terapia ocupacional, durante a internação do paciente com TCE, tem como objetivo otimizar capacidades e habilidades motoras e de:

- (A) Percepção tátil e auditiva.
- (B) Percepção visual e cognitiva.
- (C) Percepção visual e auditiva.
- (D) Percepção cognitiva e tátil.
- (E) Percepção visual e tátil.

**17** O objetivo da reeducação sensorial é ajudar os pacientes com lesão nervosa periférica a aprender:

- (A) A aumentar a força muscular do membro.
- (B) A reconhecer o movimento cortical.
- (C) A reconhecer a sensibilidade no córtex.
- (D) A reconhecer a percepção no córtex.
- (E) A reconhecer a percepção distorcida do córtex.

**18** A reeducação sensorial, depois de um AVC, se baseia no conceito da:

- (A) Ortopedia.
- (B) Neurofisiologia.
- (C) Neuroplasticidade.
- (D) Neurociência.
- (E) Psicologia.

**19** O terapeuta ocupacional facilita o brincar por meio de adaptações na tarefa e/ou:

- (A) Nas casas.
- (B) Nos utensílios domésticos.
- (C) Nas mesas escolares.
- (D) Nos brinquedos.
- (E) Nos jogos educacionais.

**20** Os terapeutas ocupacionais são responsáveis por promover aos seus pacientes as atividades da vida diária, podendo elas serem:

- (A) AVD e AVL.
- (B) AIVD e ABVD.
- (C) AVD e AIVD.
- (D) AVD e ABVD.
- (E) AVP e AVD.

**21** A terapia ocupacional atua nas AIVD, que são definidas como:

- (A) Atividades que não necessitam de orientação.
- (B) Atividades orientadas para interação com o ambiente.
- (C) Atividades que são complexas, por isso são orientadas.
- (D) Atividades orientadas e complexas que, às vezes, interagem com o ambiente.
- (E) Atividades que são orientadas para interação com o ambiente e que muitas vezes são complexas.

**22** O paciente pós-operatório do quadril (ATQ), para se sentar em uma cadeira comum ou sofá, deve flexionar o seu quadril em ângulo:

- (A) De 90°.
- (B) Acima de 90°.
- (C) Abaixo de 90°.
- (D) De 95°.
- (E) De 100°.

**23** A compressão nervosa que ocorre na altura do cotovelo entre o epicôndilo medial e o olécrano sendo a segunda neuropatia mais comum do membro superior, com sintomas principais de dor e alteração sensitiva em cotovelo, dedo mínimo e anelar, denomina-se:

- (A) Artrite reumatoide.
- (B) Síndrome do túnel ulnar.
- (C) Síndrome do túnel do carpo.
- (D) Síndrome do duplo impacto.
- (E) Síndrome do flexor comum dos dedos.

**24** A lesão distal do nervo radial que afeta o ramo motor profundo é denominada:

- (A) Paralisia do flexor comum dos dedos.
- (B) Paralisia do oponente do polegar.
- (C) Paralisia dos metacarpianos.
- (D) Paralisia no interósseo posterior.
- (E) Paralisia do abdutor do polegar.

**25** O terapeuta ocupacional fornece órteses adequadas e um programa de exercícios para o paciente queimado, tendo em vista:

- (A) Inibir que o paciente feche a mão queimada.
- (B) Dar condições de se alimentar com a mão queimada.

(C) Prevenir contraturas e estimular o uso funcional da mão queimada.

(D) Imobilizar o punho da mão queimada.

(E) Dar funcionalidade aos dedos da mão queimada.

**26** A obtenção da função ocupacional, depois de uma lesão ou doença, é alcançada por meio da ocupação, assim como por terapias adjuntas. No Modelo Ocupacional Funcional (MFO), a ocupação tem duas naturezas, que são:

(A) Ocupação como finalidade e ocupação como meio.

(B) Ocupação de autocuidado e ocupação terapêutica.

(C) Ocupação terapêutica e ocupação como meio.

(D) Ocupação funcional e ocupação como finalidade.

(E) Ocupação de lazer e ocupação de participação social.

**27** O raciocínio clínico é o processo de pensamento pelo qual os terapeutas coletam e utilizam as informações para tomar decisões sobre o atendimento de um paciente individual (Rogers, 1993 apud Radomski, 2013). O raciocínio clínico utilizado quando os terapeutas consideram a confiabilidade e a validade dos instrumentos de avaliação, e quando utilizam o diagnóstico médico e ocupacional do paciente e a evidência de pesquisa para criar o plano de intervenção, é o:

(A) Raciocínio narrativo.

(B) Raciocínio ético.

(C) Raciocínio científico.

(D) Raciocínio pragmático.

(E) Raciocínio ocupacional.

**28** A habilidade do indivíduo para identificar objetos comuns e perceber suas propriedades táteis sem o auxílio da visão é a:

(A) Estereognosia.

(B) Sensibilidade protopática.

(C) Propriocepção.

(D) Sensibilidade epicrítica.

(E) Sensibilidade cinestésica.

**29** A atenção seletiva diz respeito à:

- (A) Capacidade do indivíduo de persistir ou manter uma resposta condizente com uma atividade contínua e repetitiva.
- (B) Capacidade do indivíduo de reter as informações em um contexto espacial e temporal específico.
- (C) Capacidade do indivíduo de reter informações, conceitos e categorias.
- (D) Capacidade do indivíduo de reter temporariamente as informações necessárias para o desempenho de uma tarefa.
- (E) Capacidade do indivíduo de selecionar ou focar em um tipo de informação mediante a exclusão de outras.

**30** Contextos e ambientes interferem no acesso de um cliente a ocupações e influenciam na qualidade e na satisfação do seu desempenho. O envolvimento e a participação na ocupação ocorrem dentro de um ambiente social e físico situado em um contexto. Os contextos descritos na “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo” (AOTA, 2015) são:

- (A) Cultural, pessoal, estrutural e virtual.
- (B) Cultural, pessoal, psicológico e virtual.
- (C) Cultural, pessoal, temporal e estrutural.
- (D) Cultural, pessoal, temporal e virtual.
- (E) Cultural, pessoal, temporal e psicossocial.

**31** Em relação à análise da atividade e sua aplicação prática, pode-se dizer que:

- (A) Sendo um processo descontínuo, a análise da atividade oferece recursos limitados à intervenção terapêutica ocupacional.
- (B) Cabe ao terapeuta ocupacional examinar como é possível favorecer, por meio da análise da atividade, a recuperação da relação sadia e equilibrada do cliente com a sua vida de ocupações.
- (C) O uso de adaptações para favorecer o desempenho é um recurso terapêutico importante para abordagem da terapia ocupacional. A avaliação e a indicação da terapia ocupacional são realizadas pelo terapeuta ocupacional, sendo importante o conhecimento pelo terapeuta das necessidades do cliente, sem a necessidade de envolvimento do profissional no processo terapêutico.

(D) O processo de análise deve ser resumido nas características sensoriais, cognitivas, motoras e perceptuais e na escolha do método a ser utilizado.

(E) A graduação da atividade visa a alcançar o maior nível de funcionalidade do cliente, sendo prioridade uma boa postura de trabalho e posicionamento correto, independente se produz um efeito positivo ou negativo sobre o cliente.

**32** A demência, por sua característica evolutiva e pela magnitude de seus sintomas, contribui para a perda da autonomia e da independência do desempenho funcional. À medida que a doença progride, as perdas da capacidade funcional vão se intensificando, e o indivíduo vai se tornando mais dependente de outra pessoa para realizar suas atividades diárias. Nesse caso, é importante na intervenção da terapia ocupacional:

(A) Os interesses e o estilo de vida do indivíduo e de sua família não precisam ser considerados na proposição das atividades.

(B) Com a progressão da doença, são indicadas novas atividades para estimular novas formas e o aprendizado.

(C) Na avaliação do ambiente domiciliar, é importante que o terapeuta considere somente as características físicas e arquitetônicas para a adaptação do ambiente.

(D) Manter o indivíduo o mais ativo e independente possível, focalizando nas habilidades remanescentes e adequando a demanda das tarefas às capacidades atuais do indivíduo, em uma rotina de atividades equilibrada e significativa.

(E) A intervenção da terapia ocupacional com os familiares e cuidadores do indivíduo com demência não influencia o seu processo terapêutico.

**33** Tenodese é:

- (A) O processo cirúrgico de liberação de aderências tendinosas.
- (B) O movimento recíproco do punho e dos dedos que ocorre durante a extensão e flexão ativa ou passiva do punho. É a ação de extensão do punho que produz a flexão dos dedos e a flexão do punho, produzindo extensão dos dedos.
- (C) O movimento recíproco do punho e dos dedos que ocorre durante a extensão, e a flexão ativa ou passiva do punho. É a ação de flexão do punho que produz a extensão dos dedos e a extensão do punho, produzindo flexão dos dedos.
- (D) O processo cirúrgico de liberação de aderência nervosa.
- (E) O processo cirúrgico de reconstrução tendinosa.

**34** O tipo de preensão que **NÃO** envolve o polegar para oposição em que as metacarpofalangianas são mantidas em extensão e as articulações interfalangianas proximais e distais são mantidas em flexão é a:

- (A) Preensão esférica.
- (B) Preensão palmar.
- (C) Preensão em alça.
- (D) Preensão lateral.
- (E) Preensão de ponta.

**35** No método da terapia ocupacional dinâmica, o núcleo central é a relação triádica, que se caracteriza por possibilitar e manter uma dinâmica particular de funcionamento, na qual movimentos de ação e reação são determinantes da dinâmica relacional entre os três termos que a constituem. Esses termos são:

- (A) Paciente, terapeuta ocupacional e atividades.
- (B) Sujeito, ocupação e ambiente.
- (C) Terapeuta ocupacional, ocupação e ambiente.
- (D) Paciente, terapeuta ocupacional e ocupação.
- (E) Terapeuta ocupacional, ocupação e contexto pessoal.

**36** As abordagens grupais em terapia ocupacional são um importante recurso terapêutico. Um dos princípios que norteiam essa prática é a ideia de que o fazer tem efeito terapêutico. Em relação às características estruturais, o grupo aberto é aquele em que:

- (A) Os participantes apresentam características e problemáticas de diferentes naturezas.
- (B) Os participantes são selecionados com base em problemas ou características comuns.
- (C) Um novo participante pode ser inserido no contexto grupal para completar a saída do outro.
- (D) Não há ingresso de novos participantes depois do início do processo. Caso haja a saída de um participante, este não é substituído.
- (E) Os participantes não são os mesmos a cada encontro. Assim, o contexto se modifica sistematicamente.

**37** A terapia ocupacional pode contribuir para o equacionamento de questões que se impõem pelas desigualdades, contradições sociais e confrontos culturais. Nesse contexto, dois elementos que Paulo Freire traz são importantes na clínica do terapeuta ocupacional na área social. Eles são:

- (A) A atividade e o produto.
- (B) O indivíduo e o ambiente.
- (C) A ocupação e o diálogo.
- (D) A conscientização e o diálogo.
- (E) A conscientização e a atividade.

**38** De acordo com o artigo 9º do Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional, constituem-se deveres fundamentais do terapeuta ocupacional, segundo a área e a atribuição específicas, **EXCETO**:

- (A) Fazer referência a casos clínicos ou de assistência social identificáveis, exibir cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou sua imagem em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos terapêuticos ocupacionais em qualquer meio de comunicação, salvo quando autorizado pelo cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade ou seu responsável legal.
- (B) Assumir responsabilidade técnica por serviço de terapia ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à resolução específica.
- (C) Exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão.
- (D) Utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem-estar, favorecer a participação e a inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições socioambientais que impliquem perda da qualidade de vida do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade.
- (E) Contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou a outros quando constatadas.

**39** Em relação ao ambiente domiciliar do idoso e às quedas, pode-se dizer que:

- (A) A adaptação do ambiente, para preservar o idoso de quedas, tem sido apontada como importante, no que diz respeito à remoção dos riscos físicos, promovendo um ambiente seguro, independente das atitudes de risco a que se expõe o idoso.
- (B) As condições ambientais não criam demandas excessivas de necessidade de capacidade funcional.
- (C) A supervalorização do conhecimento prévio do ambiente, decorrente da vivência, experiência e familiaridade,

pode levar o idoso a se mover de forma mais automática e com pouca atenção. Contudo, esse fato não influencia a performance funcional do indivíduo.

- (D) Idosos frágeis tendem a cair mais em situações que exigem um bom controle do equilíbrio, como subir escadas; enquanto idosos saudáveis tendem a cair mais em situações corriqueiras do dia a dia, como sentar e levantar.
- (E) O julgamento errado do uso do ambiente mostra que os indivíduos se engajam em atividades de muito risco, necessitando de uma extraordinária capacidade física e funcional para a sua realização com segurança.

**40** O contexto social é um ponto de partida (e de chegada) geral para a atuação do terapeuta ocupacional, que perpassa horizontalmente diferentes subáreas e grupos populacionais, requerendo o questionamento prévio sobre onde se está para que possa, efetivamente, trabalhar com a inserção e participação social de diferentes sujeitos, individuais e coletivos. Nas especificidades do campo da terapia ocupacional social, pode-se dizer que:

- (A) A perspectiva coletiva de apreensão da realidade dos grupos populacionais necessita de uma leitura da realidade que se esgota nos elementos individuais. Dessa forma, o perfil ocupacional é importante para o raciocínio clínico da terapia ocupacional.
- (B) A terapia ocupacional social está voltada para uma ação individualizada para sujeitos ou grupos, com foco na aplicação de técnicas ou abordagens particularizadas.
- (C) A terapia ocupacional social está voltada para o desenvolvimento de ações pela busca de emancipação e autonomia do sujeito que tem impedimentos e/ou dificuldades socioeconômicas para o acesso aos seus direitos sociais.
- (D) As ações do terapeuta ocupacional no campo social não requerem a participação direta nas políticas sociais, na arena pública da discussão de projetos e necessidades coletivas.
- (E) Destacam-se na terapia ocupacional social tecnologias de cuidado próprias voltadas para a dimensão social da vida, sendo os aportes advindos do campo da saúde suficientes para o seu referencial teórico e metodológico.

**41** No recém-nascido, o reflexo tônico cervical assimétrico resulta da tendência em manter a cabeça voltada para um outro lado, atitude essa que se verifica:

- (A) Na ortostase e na sedestação.
- (B) No decúbito lateral e dorsal.
- (C) No decúbito ventral e lateral.
- (D) No decúbito dorsal e ventral.
- (E) No decúbito lateral, dorsal e ventral.

**42** Durante o 4º mês, em que se atenuam e desaparecem ambos os reflexos, a criança deixa de ser uma criatura assimétrica, cessando o automatismo que mantinha suas mãos tensas e fechadas sobre si mesma. Nesse momento, aumenta consideravelmente o interesse da criança por suas mãos. Assim, a criança passa a:

- (A) Levar as mãos à boca, aos olhos e ouvidos, explorando o seu rosto.
- (B) Observar as mãos, fixando uma de cada vez à frente de seus olhos, sobre o tórax, quando em decúbito dorsal e em decúbito ventral diante do seu rosto.
- (C) Observar as mãos simultaneamente, situando-as à frente dos seus olhos, sobre o tórax, quando em decúbito dorsal e em decúbito ventral diante de seu rosto.
- (D) Observar as mãos simultaneamente, situando-as à frente dos seus olhos, sobre o tórax quando em decúbito dorsal.
- (E) Observar as mãos simultaneamente, situando-as à frente dos seus olhos, sobre o tórax, quando em decúbito ventral e em decúbito dorsal diante do seu rosto.

**43** Ao se instalar a preensão voluntária normal, entre o 4º e 5º meses, não existe inicialmente diferenciação de papéis nem de funções entre os dedos; não há \_\_\_\_\_ nem \_\_\_\_\_. Para alcançar o objeto colocado sobre a mesa, a criança estende uma mão ou ambas as mãos e o aproxima com um movimento de varredura, no qual parte ulnar da mão participa tanto quanto o radial: é a preensão primitiva, o \_\_\_\_\_.

Assinale a opção que preenche corretamente, de cima para baixo, as lacunas acima.

- (A) Flexão do polegar – flexão dos dedos – Moro.
- (B) Abdução do polegar – esboço de pinça – Moro.

- (C) Abdução do polegar – flexão dos dedos – Grasping.
- (D) Oposição do polegar – flexão dos dedos – Grasping.
- (E) Oposição do polegar – esboço de pinça – Grasping.

**44** Quando se pensa no brincar, a primeira característica que se vem à mente provavelmente seja o aspecto prazeroso da atividade. Assim, um componente essencial do brincar é:

- (A) O brinquedo.
- (B) O prazer.
- (C) A escolha da atividade.
- (D) O fazer.
- (E) A companhia.

**45** O desenvolvimento da motricidade fina é essencial para a interação da criança com o meio e acontece quando a criança se relaciona com objetos e usa ferramentas, por exemplo, nas atividades:

- (A) de leitura.
- (B) de brincar.
- (C) de escrita.
- (D) noturnas.
- (E) da vida diária.

**46** As crianças que trabalham com os olhos muito perto do papel esforçam-se para obter melhor controle:

- (A) ocular.
- (B) de tronco.
- (C) na escrita.
- (D) de cabeça.
- (E) da coordenação.

**47** A Estratégia da Saúde da Família (ESF), nomeada como Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 para dar início ao processo de organização das práticas desenvolvidas na atenção primária, tem como base o trabalho em equipe composta por:

- (A) Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliar administrativo e auxiliar de enfermagem.
- (B) Médico, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e terapeuta ocupacional.
- (C) Médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e fisioterapeuta.
- (D) Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- (E) Médico, enfermeiro, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

**48** Entre as atribuições dos profissionais do NASF estão:

- (A) Conhecer o território para promover novos trabalhos setoriais.
- (B) Conhecer, articular e criar serviços no território, promovendo a intersetorialidade.
- (C) Conhecer e articular os serviços existentes no território, promovendo a intersetorialidade.
- (D) Articular os serviços existentes no território e promover a setorialidade.
- (E) Articular os serviços no território, sem a necessidade de promover a intersetorialidade.

**49** Desde a implantação do projeto QUALIS, o terapeuta ocupacional já atua na atenção primária em saúde, a partir de duas grandes áreas:

- (A) Reabilitação e saúde mental.
- (B) Órteses para membros superiores e intelectual.
- (C) Reabilitação e neurologia.
- (D) Saúde mental e intelectual.
- (E) Reabilitação e órteses para membros superiores.

**50** A terceira dificuldade em razão da implementação do apoio matricial diz respeito a presença de organizações sociais na gestão dos serviços públicos, processo validado no âmbito federal e largamente implementado no Estado de São Paulo (BRASIL 1998). Essa forma de gestão termina mesclando o caráter público e privado dos serviços oferecidos. Essa heterogeneidade de práticas profissionais nas diferentes regiões da cidade pode dificultar a criação de uma cultura comum entre várias equipes, comprometendo a troca de experiência e consolidação das políticas públicas. Soma-se a isso a precarização dos contatos de trabalho dos profissionais vinculados a estas instituições parceiras, a falta de salário e condições de trabalho e a:

- (A) Falta de qualidade no processo seletivo.
- (B) Falta de padronização do processo seletivo.
- (C) Falta de prova específica no processo seletivo.
- (D) Falta de implantação do processo seletivo.
- (E) Falta de parcerias no processo seletivo.